# Qualité des soins : et la sécurité ?

**Jean-Michel CHABOT**
Faculté de médecine - Marseille

Il est maintenant généralement admis que la qualité des soins reconnaît deux composantes principales. D'abord, bien sûr, une composante liée à la compétence individuelle de chaque médecin et plus largement de chaque professionnel de santé. De là découlent toutes les politiques (évaluation et formation continues) mises en œuvre dans tous les pays développés pour maintenir ou garantir la compétence des médecins.

Ensuite, une composante correspondant à l'organisation du système de soins et des diverses structures et administrations qui contribuent à son fonctionnement. Cette seconde composante a été longtemps méconnue par les médecins. Elle était cependant portée par les gestionnaires et financeurs du système de santé eux-mêmes, en miroir, insuffisamment attentifs aux points de vue des médecins.

L'enjeu d'aujourd'hui est donc que ces deux composantes, compétence individuelle et organisation efficiente, voient leurs effets se cumuler au bénéfice de la qualité du service rendu aux patients. C'est dans ce sens que les Britanniques,[1] depuis quelques années, ont promu le concept de « *Clinical governance* » pour accroître l'efficacité de leur *National Health Service* (NHS).

C'est également dans ce sens que les Hollandais,[2] synthétisant des travaux menés des deux côtés de l'Atlantique, nous invitent à poursuivre en proposant l'intégration des deux approches portées, pour la première par les cliniciens et pour la seconde par les managers.

En réalité, cette invitation est plutôt impérative, en aval du constat qu'ils font du gouffre (d'un abîme, *chasm* en langue anglaise) existant entre les deux approches :

« *De nombreuses initiatives distinctes contribuent à améliorer les différentes composantes de la qualité. Au moyen des recommandations de pratique et des audits, les cliniciens développent la dimension « evidence-based » de leur activité. De leur côté, les managers et les qualiticiens organisent les procédures d'accréditation ou de certification, tandis que d'autres gestionnaires/managers s'impliquent dans les systèmes d'information médicalisée ou de rationalisation des ressources. La plupart du temps, cependant, toutes ces initiatives sont conduites séparément et les équipes travaillent chacune pour elle-même, dans l'ignorance des autres.* »

Ce constat est proche de celui qu'avaient dressé, en 2004, les leaders des *internists* américains, regrettant l'insuffisante implication[3] des médecins dans le mouvement pour la qualité des soins. Une raison invoquée alors avait été les suites données au rapport « *To Err is Human* » qui avait été publié en novembre 1999 par l'*Institute of Medicine*. Ce rapport (dont une version courte en huit pages peut être téléchargée sur le site **www.iom.edu**) stigmatisait les 50 à 100 000 (!) décès survenant chaque année dans les hôpitaux américains et qui pouvaient être impartis à des « erreurs » survenues lors de la prise en charge. En conséquence, des actions correctives avaient été engagées ; ces actions étaient fondées sur l'une ou l'autre des six dimensions suivantes, dont l'ensemble recouvrait la qualité des soins : la sécurité, l'efficacité, l'efficience des soins, leur juste adaptation, leur équité et, bien entendu, la place centrale accordée au patient dans le dispositif.

Mais, dans la pratique, la plupart des actions correctives avaient été ciblées sur la sécurité des soins et les modifications décidées s'étaient surtout appliquées aux systèmes et aux organisations, laissant les médecins cantonnés à un arrière-plan.

Aujourd'hui, six années après le rapport de l'*Institute of Medicine*, des améliorations ont été obtenues ; elles sont seulement partielles et nécessitent d'être complétées. Ce complément vient d'être utilement précisé dans une analyse publiée dans *Annals* et dont deux des signataires figuraient parmi les auteurs du rapport « *To Err is Human* ».

En premier lieu, cette analyse [4] identifie l'ensemble des paramètres qui doivent être pris en compte dès lors qu'une politique de sécurité et de qualité des soins est en projet.

Ces paramètres incluent : 1. les types d'activités et de performances attendues de la part des médecins, depuis les activités routinières habituelles jusqu'aux expérimentations génératrices d'innovations ; 2. les relations avec les patients depuis la plus grande autonomie jusqu'au contrôle rigoureux ; 3. les cadres réglementaires qui s'appliquent aux pratiques médicales, depuis les simples recommandations de pratique jusqu'à des contraintes explicites incluant des références internationales ; 4. le poids du pouvoir judiciaire et enfin 5. le contrôle et la transparence avec les médias.

Au-delà, l'analyse publiée dans *Annals* ne se contente pas de reprendre les habituels arguments qui justifient que l'on recherche la meilleure efficience et, le cas échéant, la plus grande équité possible du système de soins. Bien plus, les auteurs prennent acte des progrès accomplis et signalent les cinq obstacles qui, de leur point de vue, doivent être franchis pour qu'une politique de sécurité et de qualité des soins obtienne un plein succès.

Ces cinq obstacles sont les suivants :

- D'abord se résoudre à limiter les objectifs en matière de santé ; de cette manière, les risques inhérents à certaines tentatives d'innovation ne seront plus « courus ».
- Ensuite, limiter l'autonomie et l'individualisme professionnel ; le travail protocolé au sein d'un équipe est beaucoup plus sécuritaire.
- En conséquence, conduire la transition par laquelle la qualité des soins n'est plus « opérateur-dépendante » mais s'accommode au contraire d'une standardisation et d'une équivalence de compétence des professionnels.
- Par ailleurs, prendre conscience que la menace judiciaire ou celle des médias peuvent engendrer des biais. Pour les éviter, il est préférable d'instituer un nouveau système d'arbitrage par les pairs.
- Enfin, se méfier de l'excès de réglementation, qui peut aboutir à des effets paradoxaux masquant les risques ou déresponsabilisant les soignants.

Ces cinq obstacles – formulés au terme d'une lecture attentive de la littérature consacrée au risque et à la sécurité dans un vaste ensemble d'activités extérieures à la santé – constituent autant de perspectives d'évolution qui pourraient être durement ressenties par les médecins. Mais le pire serait sans doute de les ignorer. ■

1. **Heard SR.** Educating toward clinical governance, Hosp Med 1998;59:728-9.
2. **Berg M, Schellekens Bergen C.** Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality. Int J Qual Health Care 2005;17:75-82.
3. **Brennan TA, Horwitz RI, Duffy FD.** The role of the physician speciality board certification status in the quality movement. JAMA 2004;292:1038-43.
4. **Amalberti R, Auroy Y, Berwick D.** Five system barriers to achieving ultrasafe health care. Ann Intern Med 2005;142:756-64.